Aus der Frauenklinik der Charité (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Franz)

Ueber Lymphangiome der Tube

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Samuel Schabschelban
aus Telsiai, Litauen

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 15. Juli 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Franz**

Zu den seltenen primären Neubildungen des Eileiters gehören die Lymphangiome, die bis jetzt nur als Nebenbefund bei gynäcologischen Operationen festgestellt worden sind. Bis jetzt sind 6 Fälle von Lymphangiom d. Tube veröffentlicht worden. Alle diese Tumoren haben die Größe einer Walnuß nicht überschritten und machten macroscopisch den Eindruck eines soliden Tumors. —

Durch die Freundlichkeit des Herrn Geheimrat Franz war mir die Gelegenheit geboten worden einen weiteren Fall von Tubenlymphangiom zu beobachten. — Es handelte sich um eine 60jährige Patientin, die seit 10 Jahren amenorrhoisch war. Die Pat. wandte sich wegen der seit einigen Wochen bestehenden geringen Blutungen an Herrn Geheimrat Franz. Der Aufnahmebefund war folgender: mittelgroße fette Frau mit gesunder Gesichtsfarbe. Scheide und Portio o. B. Aeußerer Muttermund geschlossen. — Uterus anteflectiert, beweglich, unregelmäßig verdickt. Adnexgegend o B. — Geringer Blutabgang. — Die Diagnose schwankte zwischen Corpuscarcinom und Uterusmyom. Es wurde deswegen eine vaginale Uterusexstirpation mit Entfernung d. Adnexe vorgenommen. Der exstirpierte Uterus bestand aus 8, teils subserös, teils intramural gelegenen Myomknoten von Kirsch- bis Walnußgröße. Die Schleimhaut des Uterus war mit Leucocyten und Rundzellen infiltriert. — Der uterine Teil der mitentfernten linken Tube war von einem kirschgroßen, derb elastischen Tumor eingenommen, der übrige kleine Teil der Tube erschien normal; der Durchschnitt durch die Mitte des genannten Tumors zeigte, daß es sich um einen soliden, speckig glänzenden, scharf abgegrenzten, runden Tumor handelte. Das Tubenlumen konnte makroskopisch nicht festgestellt werden. Es befand sich im Uterus ein walnußgroßes subseröses Myom, das durch einige Millimeter reichende Tubenschicht vom Tubentumor entfernt war.

Die genaue mikroskopische Untersuchung des genannten Tumors ergab, das der Tumor aus zahlreichen, teils runden, teils länglichen Hohlräumen und dazwischen liegendem zellreichen Stroma besteht. In den Hohlräumen finden sich teilweise einige Lymphocyten und ganz vereinzelt abgeschilferte Endothelzellen; ein Teil der Hohlräume ist ganz leer. Das Stroma besteht hauptsächlich aus einer netzartigen, bindegewebigen Grundsubstanz in der ovale Kerne mit feinem Gerüst ziemlich dicht nebeneinander liegen. Das Protoplasma dieser Kerne ist nicht granuliert und von der Grundsubstanz schwer abgrenzbar. Neben diesen Zellen liegen zerstreut an einigen Stellen junge Bindegewebszellen. Die Hohlräume sind meist von einer einreihigen Endothelschicht ausgekleidet; nirgends ist eine Wucherung der Endothelzellen in die Hohlräume zu beobachten. — In der Mitte und an der Peripherie des Tumors befinden sich zahlreiche Lymphocytenansammlungen und Lymphfollikel. — Die Blutgefäße im Tumor und an der Peripherie sind verdickt und zeigen an vielen Stellen eine hyaline Entartung ihrer Wände. — An der Stelle der früheren Tube finden wir in der Peripherie des Praeparates ein rundes Bündel von zum Teil circulären, zum Teil schräg verlaufenden Muskelfasern mit einem schmalen unregelmäßigen Spalt in der Mitte. — Die Schleimhaut der Tube fehlt vollständig. Rings um die Tube befindet sich tumoröses Gewebe, dessen Hohlräume spärlicher sind. — Der ganze Tumor ist von einer schmalen Ringmuskelschicht mit teilweise sehr stark ausgebildeten Gefäßen umgeben. Die Endothelzellen des Tumors enthalten an vielen Stellen zahlreiche Vacuolen. — Ein proliferierendes Wachstum des Tumors konnte nirgends beobachtet werden. Es bestand an vielen Stellen lediglich eine Verdrängung der Muskelfasern, aber keine Zerstörung derselben. — Daß es sich bei unserem Fall um eine echte Neubildung handelt und keine Lymphangiektasie, dafür spricht erstens die scharfe Abgrenzung des Tumors gegen die Umgebung, zweitens die lebhafte Bindegewebsneubildung. — Ich möchte annehmen, daß unser Tumor als versprengter Gewebskeim mit endothelialen Hohlräumen und Bindegewebe schon angeboren war. Eine hinzugekommene Stauung durch den in der Nähe des Tumors gelegenen Myomknoten hat vielleicht den präformierten Tumor aus dem Latenzstadium in Wucherung versetzt. Der regionäre Ursprung des Tumors

dürfte im Bindegewebe zwischen den äußern Ringmuskelfasern gelegen sein. Die Frage nach der malignen Entartung der Lymphangiome möchte ich wegen der außerordentlichen Schwierigkeit dieses Problems offen lassen. Ein zwingender Beweis für die Malignität dieser Tumoren ist meines Erachtens noch nicht erbracht. worden.

Lebenslauf.

Als Sohn des Kaufmanns Nechemia Schabschelban geboren am 17. Januar 1893 in Telšiai (Litauen), absolvierte ich das Gymnasium in Wilna im Jahre 1912. Dann studierte ich Medizin an der hiesigen Universität von April 1913 bis August 1914 und von April 1919 bis August 1921. Während des Krieges war ich im Vereins-Lazarett Israelitisches Krankenheim tätig.